

<서식 7> 신생아 청각선별검사 참여검사기관 신청서

<b>신생아 청각선별검사 참여검사기관 신청서</b>			
의료기관명		대표자	
소재지			
전화번호		팩스	
검사기기	<input type="checkbox"/> Audiopath <input type="checkbox"/> Algo-3 <input type="checkbox"/> ABaer <input type="checkbox"/> AccuScreen <input type="checkbox"/> AUDIOscreeener <input type="checkbox"/> 기타 _____		
검사기기 구입년도	년    월    (구입회사: _____ )		
검사 모드	<input type="checkbox"/> AABR(Automated Audio-Brainstem Response) <input type="checkbox"/> AOAE(Automated OtoAcoustic Emission) <input type="checkbox"/> AABR, AOAE 모두 시행		
실제 검사인력	검사자 성명	자격	교육 및 연수 경력
연계의료기관 (전문기관)			
위 본인은 신생아 청각선별검사 시범사업 의료기관으로 지정 받고자 신청서를 제출합니다.			
2009년    월    일			
신청 의료기관 대표자		서명 또는 인	
보건소장 귀하			